

การวิจัยเชิงประเมินผลจากโครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในพื้นที่ทดลองนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ประเทศไทย

ประวิช ขุนนิคม¹, ธวัชชัย สุนทรนนท์^{1*}, ศิริัญญา แสงอรุณ¹,
สุภาภรณ์ เบญจธนวัฒน์², เพ็ญ สุขมาก² และ ญัตติพงศ์ แก้วทอง²

รับบทความ: 25 เมษายน 2568; ส่งแก้ไข: 18 มิถุนายน 2568; ตอรับ: 20 มิถุนายน 2568

บทคัดย่อ

บทนำ : หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับนโยบายในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่มีประสิทธิภาพมีอยู่อย่างจำกัด ส่งผลกระทบต่อความตั้งใจของผู้กำหนดนโยบายสาธารณะที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อประเมินผลของโครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในพื้นที่ทดลองนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ประเทศไทย และ 2) เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบแห่งความสำเร็จในการยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและพัฒนาพื้นที่สุขภาพส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

วิธีดำเนินการวิจัย : การวิจัยเชิงประเมินผลในพื้นที่ 9 ตำบลของจังหวัดตรัง โดยใช้วิธีการแบบผสมผสาน 2 ระยะ คือ 1) การวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทในการดำเนินการโครงการ 26 คน ประชาชนในพื้นที่ 18 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และ 2) การวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลแบบสอบถามจากแกนนำสุขภาพชุมชน 376 คน ด้วยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย และนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

ผลการศึกษา : บริบทของโครงการมีเป้าหมายเพื่อมุ่งลดพฤติกรรมเนือยนิ่งด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ผู้เข้าร่วมมีความเข้าใจและสามารถวางแผนกิจกรรมได้ ปัจจัยนำเข้า มีคณะทำงานขนาดเล็ก ซึ่งมีบุคลากรท้องถิ่นเป็นหลัก ใช้ทุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล การดำเนินการประกอบด้วย 3 รูปแบบ คือ ชุมชนเป็นผู้นำ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้นำ และความร่วมมือของเครือข่าย โดยความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะพบ 3 องค์ประกอบ 34 ตำบลซึ่งมีค่าไอแกน อยู่ระหว่าง 1.206 ถึง 27.159 ค่าร้อยละของความแปรปรวนอยู่ระหว่าง 2.566 ถึง 57.784 และค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมอยู่ระหว่าง 57.784 ถึง 63.441 ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ระบบสนับสนุนที่เอื้อและความร่วมมือของภาคีเครือข่าย จำนวน 16 ตำบลซึ่งมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ 0.531 ถึง 0.661 องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาความรู้เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย จำนวน 11 ตำบลซึ่งมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ 0.537 ถึง 0.705 องค์ประกอบที่ 3 การเข้าถึงวิถีชุมชน จำนวน 7 ตำบลซึ่งมีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ 0.639 ถึง 0.697

สรุป : โครงการสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย และดำเนินกิจกรรม โดยมีระบบสนับสนุน การพัฒนาความรู้ และการเข้าถึงวิถีชุมชน เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลให้เกิดกิจกรรมทางกาย

คำสำคัญ : กิจกรรมทางกาย พื้นที่ทดลองนโยบาย นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การวิจัยเชิงประเมินผล

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร (จังหวัดตรัง) สถาบันบรมราชชนก จังหวัดตรัง 92110

*อีเมล: tawatchai.sun006@hu.ac.th

²สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

Evaluation Research on Physical Activity Promotion Project in Healthy Public Policy Sandbox, Thailand

Prawit Khunnikom¹, Tawatchai Sunthonnon^{1*}, Sirunya Sang-arun¹,
Suvapak Benjatanawat², Phen Sukmag², Yuttipong Kaewtong²

Received: April 25, 2025; Received revision: June 18,2025; Accepted: June 20, 2025

Abstract

Background: Evidence regarding the effectiveness of policies promoting physical activity remains limited, adversely affecting the decision-making of public policymakers.

Objective: 1) To evaluate the outcomes of a physical activity promotion project in the Healthy Public Policy Sandbox, Thailand. 2) To analyze the key success factors in strengthening the implementation of public policy and developing health-conducive environments that promote physical activity.

Materials and Methods: A two-phase mixed-methods approach was employed for this evaluative research study. The initial qualitative phase involved the purposive selection of nine sub-districts in Trang Province, with data gathered from 26 key informants (project-involved agency personnel) and 18 local residents, followed by content analysis. Subsequently, the quantitative phase surveyed a simple random sample of 376 participants using questionnaires, and the data were analyzed using exploratory factor analysis.

Results: The program aimed to reduce sedentary behavior through physical activity. The participants demonstrated an understanding of and ability to plan activities. Key inputs primarily involved local personnel and a small working group funded by the Subdistrict Health Fund. Three implementation models—community-led, local government-led, and strong network collaboration—contributed to improved physical activity behavior among both implementers and the public. Exploratory factor analysis identified three key success factors comprising 34 indicators with eigenvalues ranging from 1.206 to 27.159, explaining between 2.566% and 57.784% of the variance individually, and a cumulative variance of 63.441%. These factors were: 1) Enabling Support System and Stakeholder Collaboration (16 indicators, factor loadings 0.531-0.661), 2) Health Literacy Development for Physical Activity Promotion (11 indicators, factor loadings 0.537-0.705), and 3) Accessibility to Community Lifestyles (7 indicators, factor loadings 0.639-0.697)

Conclusion: The program was implemented according to its objectives. Enabling support systems, health literacy development, and accessibility to community lifestyles were identified as critical components contributing to increased physical activity.

Keywords: physical activity, policy sandbox, healthy public policy, evaluation research

¹ Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Sirindhorn College of Public Health, Trang Province, 92110. *Corresponding Author: tawatchai.sun006@hu.ac.th

²Public Policy Institute, Prince of Songkla University, Hat Yai Campus, Songkla Province, 90110.

บทนำ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ตามหลักการของการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตาวา ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 1986 มองว่าทุกนโยบายอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และความเท่าเทียมทางสุขภาพได้ ดังนั้นทุกนโยบายจึงต้องห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP)^[1-3] ซึ่งเป็นพื้นฐานของสิทธิทางสังคมและความเป็นพลเมือง^[4] ที่ให้ความสำคัญต่อการมีชีวิตที่ยืนยาว^[3]

ด้วยวิถีชีวิตสมัยใหม่ในปัจจุบันที่เป็น การบริโภคนิยม ประชาชนทุกช่วงวัยมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มขึ้น หรือมีการเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวันลดลง^[5-6] สอดคล้องกับข้อมูลของศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย^[7] ซึ่งรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2566 ประชาชนไทยมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง เฉลี่ยที่ 14.53 ชั่วโมงต่อวัน และส่งผลต่อภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนตั้งแต่กลุ่มเด็กเล็กวัย 0-5 ปี เพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่าจากร้อยละ 3.2 ในปี พ.ศ. 2560 เป็นร้อยละ 8-11.5 และกลุ่มเด็กโตช่วงอายุ 6-14 ปี ในช่วงร้อยละ 10.7-13.8 ขณะที่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มประชากรวัยแรงงานต่ำ แม้จะมีความรอบรู้ทางสุขภาพสูง^[8] ทั้งนี้การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (insufficient physical activity) เป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของการเกิดโรคเรื้อรัง และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร^[8-11] ซึ่งส่งผลกระทบต่อการวางแผนนโยบายสาธารณะ^[5] ดังนั้น รัฐจึงจำเป็นต้องจริงจังกับนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายสำหรับคนทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียม และสอดคล้องกับชีวิตประจำวัน^[4] อย่างไรก็ตาม องค์ความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับ

นโยบายในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่มีประสิทธิภาพยังคงมีอยู่อย่างจำกัด^[12]

ขณะเดียวกัน การดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังพบข้อจำกัด ทั้งในเรื่องของกลไกที่ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย นโยบาย งบประมาณ บุคลากร และสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย อาทิ สถานที่ อุปกรณ์ออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับการออกกำลังกาย^[13] จากการศึกษาของ Khunnikom et al.^[14] ได้อธิบายให้เห็นว่า การจัดการในระดับของนโยบายการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในแต่ละพื้นที่ มีโอกาสและความท้าทายที่ไม่เหมือนกัน การริเริ่มจึงจำเป็นต้องพิจารณาถึงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและชุมชนที่เข้มแข็งด้วย ซึ่งการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ จำเป็นต้องเกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมทางกาย การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โครงสร้างพื้นฐานที่สนับสนุนกิจกรรมทางกาย เครือข่ายและกลไกทางสังคม การประชาสัมพันธ์ และการเข้าถึงพื้นที่ที่เหมาะสมต่อบริบทและกลุ่มประชากรเฉพาะ

ด้วยเหตุนี้ การประเมินผลโครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในพื้นที่ทดลอง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในครั้งนี้ ซึ่งได้ดำเนินการในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2566 – กันยายน พ.ศ.2567 ที่ผ่านมา จึงเป็นการศึกษาเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจในการวางแผน กำหนดโครงสร้าง นำโครงการไปปฏิบัติ และ ทบทวนโครงการที่เกิดขึ้นด้วยการประเมินซิปป์ (CIPP Evaluation) ใน 4 ด้าน คือ 1) บริบท หรือสภาวะแวดล้อม (Context) 2) ปัจจัยนำเข้า (Input) 3) กระบวนการ (Process) และ 4) ผลผลิต (Product) เพื่อมองย้อนกลับและ

สรุปถึงคุณภาพ คุณประโยชน์ ความแม่นยำ ร่วมกับการอธิบายองค์ประกอบแห่งความสำเร็จในการยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อประกอบการตัดสินใจ และสนับสนุนข้อเสนอเชิงนโยบายส่งเสริมกิจกรรมทางกายให้เกิดความยั่งยืนและผลกระทบเชิงบวกในระยะยาวได้^[15-18]

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อประเมินผลของโครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในพื้นที่ทดลองนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ประเทศไทย
2. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบแห่งความสำเร็จในการยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและพัฒนาพื้นที่สุขภาพส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation research) โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed methods)^[19] แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของโครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในพื้นที่ทดลองนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ประเทศไทย ตามด้วยระยะที่ 2 ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบแห่งความสำเร็จในการยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและพัฒนาพื้นที่สุขภาพส่งเสริมกิจกรรมทางกาย โดยมีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

พื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ ถูกเลือกด้วยวิธีเฉพาะเจาะจง จำนวน 9 ตำบลในจังหวัดตรัง ซึ่งเป็นพื้นที่ดำเนินการทดลองนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ภายใต้โครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ประกอบด้วย

- A = องค์การบริหารส่วนตำบลน้ำผุด
- B = องค์การบริหารส่วนตำบลปะเหลียน
- C = องค์การบริหารส่วนตำบลหาดสำราญ
- D = องค์การบริหารส่วนตำบลหนองปรือ
- E = องค์การบริหารส่วนตำบลปากคม
- F = เทศบาลตำบลนาโยงเหนือ
- G = องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านโพธิ์
- H = เทศบาลตำบลโคกหล่อ
- I = เทศบาลตำบลย่านตาขาว

การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 1 การเก็บข้อมูลด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในขั้นตอนนี้ ถูกเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่มหลักตามแนวทางของ Mayers & Bass^[20] คือ กลุ่มที่ 1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง (Primary stakeholders) และกลุ่มที่ 2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรอง (Secondary stakeholders)

กลุ่มที่ 1 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง เป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักเกี่ยวกับการดำเนินการโครงการฯ เป็นผู้ได้ประโยชน์หรือเสียประโยชน์ ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ใน 9 พื้นที่ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยวิธีการสนทนากลุ่ม 3 ครั้ง ๆ ละ 6 คน รวม 18 คน (A1-A18) โดยคุณลักษณะของกลุ่มนี้ (Criterion

sampling) ประกอบด้วย 1) มีส่วนร่วมกับการดำเนินการโครงการฯ 2) มีประสบการณ์ในการเข้าร่วมกิจกรรม การแสดงความคิดเห็น หรือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายของชุมชน และ 3) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

กลุ่มที่ 2 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรอง เป็นหน่วยงานหรือองค์กรที่มีบทบาทการดำเนินการโครงการฯ ได้แก่ 1) ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ร่วมดำเนินการโครงการฯ จำนวน 9 แห่ง ๆ ละ 2 คน รวม 18 คน (B1-B18) 2) คณะทำงาน ซึ่งเป็นพี่เลี้ยงของโครงการฯ จำนวน 6 คน (C1-C6) และ 3) ผู้รับผิดชอบหลักโครงการฯ จำนวน 2 คน (D1-D2) คุณลักษณะของกลุ่มนี้ ประกอบด้วย 1) มีส่วนร่วมกับการดำเนินการโครงการฯ 2) เป็นผู้ร่วมกำหนดนโยบาย หรือมีส่วนสำคัญในโครงการฯ 3) เป็นผู้ซึ่งได้รับการพัฒนาจากโครงการฯ ในการสนับสนุนวิชาการจัดทำแผนสุขภาพชุมชนและโครงการฯ ระดับตำบล และ 4) เป็นผู้ซึ่งรับผิดชอบหลักของโครงการฯ ที่ดำเนินการระหว่างกองกิจกรรมทางกาย กรมอนามัยกับสถาบันนโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการในขั้นตอนนี้เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลโครงการ ส่วนที่ 3 กระบวนการดำเนินโครงการ ส่วนที่ 4 ผลลัพธ์ของโครงการ และส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะ ซึ่งได้ผ่านการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนโยบายสาธารณสุข 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุขศาสตร์ 2 ท่าน หลังจากที่ได้เก็บ

รวบรวมข้อมูลแล้ว ได้นำมาตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ตามแนวทางของ Nowell et al.^[21]

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ เริ่มจากการทบทวนข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) แล้วดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้การประชุมระดมความคิด (Brainstorming) ในกลุ่มที่ 2 ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ และคณะทำงาน ทั้ง 9 พื้นที่ จำนวน 26 คน ใช้เวลา 5 ชั่วโมง ถัดมาดำเนินการสนทนากลุ่มในกลุ่มที่ 1 ซึ่งเป็นประชาชน ทั้ง 9 พื้นที่ จำนวน 3 ครั้ง ๆ ละ 6 คน ใช้เวลาครั้งละ 3 ชั่วโมง เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการฯ และดำเนินการสรุปข้อเสนอ และรายงานการประเมินผล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ด้วยการตีความพร้อมทำการสกัดข้อความหรือประโยคที่สำคัญที่เกี่ยวข้อง แล้วนำข้อมูลที่มีความหมายเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันมาไว้กลุ่มเดียวกันโดยมีรหัสข้อมูลกำกับทุกข้อความ แล้วจึงตั้งชื่อคำสำคัญ และกลุ่มหัวข้อสรุปแนวคิดในตัวข้อมูล โดยดำเนินการจัดเป็นทั้งกลุ่มใหญ่ (Themes) และกลุ่มย่อย (Sub-theme) และแยกข้อมูลออกเป็นส่วนย่อย (Breaking down) ตามหน่วยความหมาย (Meaning unit) จากนั้นดำเนินการกำหนดข้อความสั้น ๆ เพื่อใช้เป็นหัวข้อสรุปแนวคิดที่สะท้อนความหมายสำคัญ แล้วจึงนำหัวข้อสรุปแนวคิดที่มีความหมายคล้ายคลึง หรือแตกต่างกันมาจัดเป็นกลุ่มหัวข้อสรุป (Conceptual categories) และเขียนอธิบายสิ่งที่ค้นพบ พร้อมทั้งยกตัวอย่างคำพูดประกอบคำหลักสำคัญที่ได้

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลโดยการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบแห่งความสำเร็จในการยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และพัฒนาพื้นที่สุขภาวะส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ขึ้นตอนนี้ดำเนินการวิจัยศึกษาต่อเนื่องจากผลของการวิจัยเชิงคุณภาพในระยะที่ 1 มาวิเคราะห์องค์ประกอบแห่งความสำเร็จโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ แคนนำสุขภาพชุมชนในพื้นที่ต้นแบบจังหวัดตรัง ที่เข้าร่วมโครงการยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและพัฒนาพื้นที่สุขภาวะส่งเสริมกิจกรรมทางกายในปี พ.ศ.2566 - 2567 จำนวน 470 คน

เกณฑ์การคัดตัวอย่างเข้า

1. เป็นแกนนำสุขภาพชุมชน ในพื้นที่ต้นแบบจังหวัดตรัง ที่เข้าร่วมโครงการยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและพัฒนาพื้นที่สุขภาวะส่งเสริมกิจกรรมทางกายปี พ.ศ.2566 - 2567 ที่มีทะเบียนรายชื่อในโครงการ

2. เข้าร่วมโครงการครบถ้วนตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ

3. สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย (โดยได้มีการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน)

เกณฑ์การคัดตัวอย่างออก

1. ไม่สามารถให้ข้อมูลในช่วงที่นัดหมายเก็บข้อมูลได้

2. ขอลงตัวออกจากโครงการเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามแนวคิดของ Hair et al.^[18] ที่กำหนดให้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 5 - 10 เท่าของตัวบ่งชี้ และ

มีตัวแปรที่ต้องการวิเคราะห์หรือตัวแปรที่สังเกตได้ จำนวน 47 ตัวแปร ผู้วิจัยใช้เกณฑ์กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 8 เท่า ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 376 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีหิบบิลลากแบบไม่คืน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องและผู้ทรงคุณวุฒิตามกรอบของ CIPP ในระยะที่ 1 โดยมีเนื้อหาของแบบสอบถามตามร่างองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ที่ค้นพบ มากำหนดเป็น 5 ด้าน 47 ข้อคำถามด้วยแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาให้คะแนน ซึ่งแต่ละข้อคำถามมีช่วงคะแนนที่เท่ากันจากคะแนนมากที่สุด คือ 5 คะแนน ถึงคะแนนน้อยที่สุด คือ 1 คะแนน ในแต่ละข้อคำถาม และดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 ท่าน ด้านการวัดและประเมินผล 1 ท่าน และด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 1 ท่าน เพื่อหาค่าความตรงตามเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) พิจารณาค่า IOC ต้องมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.50 ถึง 1.00 ซึ่งการวิจัยนี้เป็นไปตามเกณฑ์ทุกข้อ และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มที่คล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach^[22] เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย Google form ผ่านกลุ่มไลน์ของกลุ่มตัวอย่างที่สร้างขึ้นโดยเฉพาะ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ซึ่งได้รับข้อมูลคืนกลับมา 376 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความสมบูรณ์แล้วไปจัดเตรียมเพิ่มข้อมูล บันทึกข้อมูลแล้วจึงวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) โดยการตรวจสอบความเหมาะสมของเมทริกซ์สหสัมพันธ์พิจารณาภาพรวมจากเกณฑ์ ดังนี้ การแปลผลความเหมาะสมที่จะใช้การวิเคราะห์องค์ประกอบด้วยค่าไคเซอร์ เมเยอร์ ออลกิน (The Kaiser–Mayer–Olkin: KMO) สำหรับค่าที่เหมาะสมมากคือ KMO ที่เข้าใกล้ค่า 1 หรือไม่ควรต่ำกว่า .50

การสกัดองค์ประกอบและการหมุนแกนด้วยวิธีแวนริแมกซ์ (Varimax) โดยพิจารณาตามเกณฑ์ที่กำหนดว่าองค์ประกอบจะต้องมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Eigenvalue) มากกว่า หรือเท่ากับ 1.0 และตัวแปรในแต่ละองค์ประกอบจะต้องมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ตามข้อเสนอของ Hair et al.^[18]

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2567/404 ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน 2567

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้เป็น 2 ประเด็นหลัก คือ 1) ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ และ 2) ผลการวิจัยเชิงปริมาณ ดังนี้

1) **ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ** สามารถอธิบายผลการประเมิน ได้เป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย หน่วยงานที่มีบทบาทการดำเนินการโครงการ 26 คน และ

ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 18 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.36 เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง และตอนปลายซึ่งมีช่วงอายุระหว่าง 25-44 ปี ร้อยละ 54.54 และอายุระหว่าง 45-64 ปี ร้อยละ 45.46 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 68.18 รองลงมาต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 27.27 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินตามกรอบของ CIPP

1. บริบท (Context) พบว่า การดำเนินการของแต่ละพื้นที่ที่มีความเข้าใจต่อโครงการ ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและใจของประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยมีวัตถุประสงค์ที่หลากหลาย เช่น การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง การปลูกฝังนิสัยการออกกำลังกาย การพัฒนาทักษะการเคลื่อนไหว และการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความสำคัญของกิจกรรมทางกาย หลังจากการดำเนินโครงการ พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการมีความเข้าใจในเรื่องกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น และสามารถจัดทำแผนและโครงการเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายได้ ซึ่งกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลมีบทบาทในการสนับสนุนโครงการหลายด้าน เช่น การให้ความรู้ การสนับสนุนงบประมาณ การจัดสรรทรัพยากร การส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการติดตามประเมินผล ดังคำกล่าวที่ว่า “นายกเองก็สนใจมาก ๆ เลย ก็คือ ที่ว่าได้ไปออกแบบเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ผู้บริหารเขาจะชอบ มีนโยบายในด้านการออกกำลังกายในส่วนนี้อยู่แล้ว” (B2)

2. ปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า ผู้รับผิดชอบหลักส่วนใหญ่จะเป็นบุคลากรในหน่วยงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ มีคณะทำงานตั้งแต่ 4-10 คน ส่วนใหญ่ไม่ได้มี

การแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ ยกเว้นพื้นที่ H ที่มีการแต่งตั้งคณะทำงานจาก อาสาสมัคร สาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน และประธานชมรม ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการที่ชัดเจน ยกเว้นพื้นที่ B, G และ E ที่มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโครงการตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ เช่น ครูผู้รับผิดชอบโครงการต้องมีความสามารถในการสื่อสาร เยาวชนอายุไม่เกิน 15 ปี และผู้สูงอายุ เป็นต้น ขณะที่แหล่งที่มาของเงินทุนส่วนใหญ่มาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล

3. กระบวนการดำเนินงาน (Process) พบว่า ลักษณะของการดำเนินการสามารถอธิบาย ได้เป็น 3 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบ “ชุมชนร่วมใจ” คือ ชุมชนเป็นตัวนำ และสร้างการมีส่วนร่วม ระหว่างกันทั้งผู้นำชุมชน และ อสม. เข้ามามีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อน ทำให้ประชาชนมีความตระหนัก และเข้าร่วมกิจกรรมอย่างจริงจัง ซึ่งจะเห็นได้จากพื้นที่ H และ I 2) รูปแบบ “องค์กรนำการเปลี่ยนแปลง” คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อน สนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากร มีการวางแผน และดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ซึ่งจะเห็นได้จากพื้นที่ B, H และ G และ 3) รูปแบบ “พลังเครือข่าย” คือ เครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็ง หลากหลาย และครอบคลุม ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ซึ่งจะเห็นได้จากพื้นที่ A, E, G และ C

4. ผลผลิตของการดำเนินการ (Product) ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของการดำเนินโครงการ ประกอบด้วย ความรู้และความตระหนักด้านกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า

ผู้รับผิดชอบโครงการ และประชาชนซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายทั้ง 9 พื้นที่ มีความรู้และความตระหนักในเรื่องกิจกรรมทางกายและมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า “จากที่ว่าไม่เคยออกกำลังกายเลย แล้วบางคนก็บอกจากการประเมินผลครั้งสุดท้ายตอนที่เรามีการประชุมกัน เขาก็ได้มีการออกกำลังกายบ้างนะ เอาแค่เหงื่อซึม ๆ ได้มีการออกกำลังกายแล้วรู้สึกสบายตัวขึ้นดีขึ้น พอเขาออกกำลังกายในทุก ๆ วัน มันก็จะทำให้ทัศนคติที่ดีออกกายอย่างต่อเนื่อง” (A4) เช่นเดียวกันกับกลุ่มของเจ้าหน้าที่ซึ่งให้ความเห็นต่อความรู้และความตระหนักด้านกิจกรรมทางกายของประชาชน และกลุ่มเป้าหมายไปในทิศทางเดียวกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “บางคนที่เขาใส่ใจ เขาก็เปลี่ยนแปลงค่ะ เขาก็สนใจมากขึ้น เขาเข้าใจมากขึ้นว่ากิจกรรมทางกายคืออะไร ตอนแรกเขาก็คิดว่าไม่จำเป็นค่ะ” (B4)

ขณะที่พฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของประชาชนหลังการดำเนินโครงการ มีแนวโน้มไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยประชาชนมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และมีความตระหนักถึงความสำคัญของกิจกรรมทางกายมากขึ้น อาทิ ประชาชนในพื้นที่ E มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น แม้ว่าโครงการจะสิ้นสุดลงแล้ว โดยนำความรู้จากโครงการไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า การเดินตามเพลง และการเดินออกกำลังกาย เป็นต้น ขณะที่พื้นที่ D ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น เช่น การเดินบาร์สโลป การเดิน และการปั่นจักรยาน เป็นต้น โดยมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ เช่น การเดินออกกำลังกายในโรงเรียน การเดินบนถนนตอนเช้า เป็นต้น ส่วนพื้นที่ G ประชาชนมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เช่น การเดิน การวิ่ง และการปั่นจักรยาน

โดยมีการรวมกลุ่มกันเพื่อทำกิจกรรม เช่น การเดินไปวัด การวิ่งในหมู่บ้าน เป็นต้น และเทศบาลตำบลนาโยงเหนือ ประชาชนมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เช่น การเล่นฟุตบอล การเดินลีลาศ โดยมีการรวมกลุ่มกันเพื่อทำกิจกรรม เช่น การเล่นฟุตบอลในสนาม การเดินลีลาศในห้องโถง เป็นต้น เช่นเดียวกันกับพื้นที่ A ประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจถึงความสำคัญของกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ดังคำกล่าวที่ว่า “ประชาชนมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น แม้ว่าโครงการจะสิ้นสุดลงแล้ว โดยนำความรู้จากโครงการไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น การออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า การเดินตามเพลง และการเดินออกกำลังกาย เป็นต้น” (A6) และ “ประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจถึงความสำคัญของกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เนื่องจากมีการส่งเสริมให้มีกิจกรรมทางกายที่หลากหลายมากขึ้น เช่น การปลูกผัก การเดินไปวัด และการรำไม้พลอง เป็นต้น” (B5)

2) ผลการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นผลการวิเคราะห์องค์ประกอบแห่งความสำเร็จในการยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและพัฒนาพื้นที่สุขภาพส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

จากการสังเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ทำให้ได้ร่างองค์ประกอบแห่งความสำเร็จในการยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและพัฒนาพื้นที่สุขภาพส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ทั้งสิ้น 5 องค์ประกอบ คือ องค์ความรู้การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อ ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ระบบสนับสนุน และการเข้าถึงวิถีชุมชน ซึ่งประกอบด้วยตัวบ่งชี้ จำนวน 47 ตัวบ่งชี้ เมื่อนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบแห่ง

ความสำเร็จในการยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและพัฒนาพื้นที่สุขภาพส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พบว่า มีค่าดัชนีไคเซอร์ - เมเยอร์ - ออลกิน (The Kaiser – Mayer – Olkin Measure of Sampling Adequacy : (KMO)) ของการพัฒนาตัวบ่งชี้ความเป็นนวัตกรรมทางสุขภาพ มีค่าเท่ากับ .981 ซึ่งมีค่าสูงกว่า .50 และค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่า ข้อมูลมีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก และค่าไคสแควร์ที่ได้จาก Bartlett’s Test of Sphericity มีค่าเท่ากับ 15,433.441 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จึงมีความเหมาะสมในการนำข้อมูลไปวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัย มี 5 องค์ประกอบ 47 ตัวบ่งชี้เมื่อนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ พบว่า เปลี่ยนแปลงเป็น 3 องค์ประกอบ 34 ตัวบ่งชี้ ซึ่งองค์ประกอบมีค่าไอเกน (Eigen values) อยู่ระหว่าง 1.206 ถึง 27.159 มีค่าร้อยละของความแปรปรวนอยู่ระหว่าง 2.566 ถึง 57.784 และมีค่าร้อยละของความแปรปรวนสะสมอยู่ระหว่าง 57.784 ถึง 63.441 ดังตารางที่ 1 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งชื่อองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ที่จัดกลุ่มใหม่ โดยพิจารณาจากภาพรวมของตัวบ่งชี้ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ระบบสนับสนุนที่เอื้อและความร่วมมือของภาคีเครือข่าย จำนวน 16 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ 0.531 ถึง 0.661 องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาความรู้เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย จำนวน 11 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ 0.537 ถึง 0.705 องค์ประกอบที่ 3 การเข้าถึงวิถีชุมชน จำนวน 7 ตัวบ่งชี้ มีค่าน้ำหนักของตัวบ่งชี้ตั้งแต่ 0.639 ถึง 0.697 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าไอเกิน ร้อยละของความแปรปรวน และร้อยละสะสมของความแปรปรวนขององค์ประกอบและตัวบ่งชี้ความสำเร็จในการยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ และพัฒนาพื้นที่สุขภาพส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

องค์ประกอบ	ค่าไอเกิน	ร้อยละของความแปรปรวน	ร้อยละสะสมของความแปรปรวน
1. ระบบสนับสนุนที่เอื้อ และความร่วมมือของภาคีเครือข่าย	27.159	57.784	57.784
2. การพัฒนาความรู้เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	1.452	3.090	60.875
3. การเข้าถึงวิถีชุมชน	1.206	2.566	63.441

ตารางที่ 2 แสดงองค์ประกอบ ตัวบ่งชี้ และค่าน้ำหนักคะแนน ของความสำเร็จในการยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและพัฒนาพื้นที่สุขภาพส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้	ค่าน้ำหนักคะแนน
องค์ประกอบที่ 1 ระบบสนับสนุนที่เอื้อ และความร่วมมือของภาคีเครือข่าย	1) ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและเมืองเป็นอันดับแรก	0.661
	2) พัฒนารูปแบบนโยบายการขนส่งเชิงพื้นที่	0.649
	3) สนับสนุนการประเมินสุขภาพสิ่งแวดล้อมในชุมชน	0.645
	4) สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อกิจกรรมทางกาย	0.642
	5) ส่งเสริมพื้นที่สาธารณะในการจัดกิจกรรมทางกายที่หลากหลาย	0.637
	6) ส่งเสริมมีส่วนร่วมของชุมชนในการมีส่วนร่วมโดยตรงในการวางแผน	0.624
	7) แบ่งปันทรัพยากรของชุมชนที่สนับสนุนร่วมกันอย่างบูรณาการ	0.612
	8) จัดการเครื่องมือประเมินให้เป็นไปตามมาตรฐาน	0.608
	9) สร้างข้อตกลงความร่วมมือและการพัฒนา	0.591
	10) สร้างความร่วมมือในกิจกรรมทางกายภาพโดยทีมสหวิชาชีพ	0.588
	11) ร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพื่อเพิ่มความเข้าใจ	0.586
	12) เสริมสร้างกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพของท้องถิ่น	0.567
	13) ส่งเสริมให้พันธมิตรเครือข่ายมีส่วนร่วมในการประเมินความต้องการ	0.564
	14) พัฒนาศักยภาพความเป็นผู้นำ	0.547
	15) เสริมสร้างแพลตฟอร์มสำหรับการแบ่งปันความรู้ระหว่างเครือข่าย	0.533
	16) ทบทวนและปรับใช้หรือปรับปรุงแนวทางปฏิบัติ	0.531

ตารางที่ 2 แสดงองค์ประกอบ ตัวบ่งชี้ และค่าน้ำหนักคะแนน ของความสำเร็จในการยกระดับการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและพัฒนาพื้นที่สุขภาวะส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (ต่อ)

องค์ประกอบ	ตัวบ่งชี้	ค่าน้ำหนักคะแนน
องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาความรอบรู้เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	1) พัฒนากิจกรรมสื่อสารสาธารณะ	0.705
	2) สร้างความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย	0.695
	3) กิจกรรมส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ	0.687
	4) จัดทำและพัฒนาโครงการส่งเสริมความรู้สู่สาธารณะ	0.682
	5) ส่งเสริมช่องทางการสื่อสารเพื่อเข้าถึงมวลชน	0.673
	6) พัฒนากิจกรรมส่งเสริมความคิดริเริ่มสร้างสรรค์	0.637
	7) ใช้กิจกรรมการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความรอบรู้	0.613
	8) สนับสนุนและระดมความร่วมมือเพื่อการพัฒนาความรอบรู้	0.611
	9) ผลิตและพัฒนาการวิจัยหรือนวัตกรรมสุขภาพใหม่ๆ	0.594
	10) พัฒนาด้านแบบเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย	0.559
	11) สร้างความร่วมมือเพื่อเสริมสร้างความรู้	0.537
องค์ประกอบที่ 3 การเข้าถึงวิถีชุมชน	1) สร้างชุมชนที่เป็นมิตรและกลมเกลียว	0.697
	2) บูรณาการกิจกรรมทางกายกับกิจกรรมของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ	0.663
	3) เข้าถึงวัฒนธรรมการใช้ชีวิตชุมชน	0.649
	4) เรียนรู้และเข้าใจวิถีชุมชนในบริบทจริง	0.646
	5) เสริมสร้างสายสัมพันธ์ของกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน	0.645
	6) ศึกษาแนวทางของชุมชนอย่างเป็นระบบด้วยเครื่องมือที่เชื่อถือได้	0.642
	7) ประสานงานกับผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น หรือผู้นำทางจิตวิญญาณ	0.639

อภิปรายผล

โครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในพื้นที่ทดลองนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพประเทศไทยเป็นโครงการที่สามารถแสดงให้เห็นถึงบริบท (Context) ที่สะท้อนถึงความจำเป็น และเป้าหมายของการดำเนินการของโครงการที่มาจากประชาชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ทำให้ได้มาซึ่งทรัพยากร ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า (Input) จึงมีความแตกต่างกันไปตามทุนทางสังคมที่ชุมชนหรือพื้นที่มี^[15-16] ซึ่งปัจจัยนำเข้าที่สำคัญยังขึ้นอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งบุคลากร งบประมาณ แม้บางพื้นที่จะไม่มี การแต่งตั้งอย่างเป็นทางการ

ซึ่งการศึกษาของ de Jesus^[23] พบว่าการประเมินโปรแกรมควรมีความสอดคล้องกับงบประมาณที่เพียงพอ และสามารถผลักดันให้เกิดการแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน ทั้งแผนในระดับขององค์กร และรูปแบบของกิจกรรมการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ซึ่งผู้นำของพื้นที่ หรือชุมชนมีบทบาทสำคัญ สอดคล้องกับกระบวนการ (Process) หรือรูปแบบชุมชนบางส่วน ซึ่งมีทั้งการมีผู้นำในชุมชนเองแบบไม่เป็นการ อาทิสมาศกรมสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้นำ แบบทางการ หรือรูปแบบความร่วมมือที่เข้มแข็งของเครือข่าย^[24] ขณะที่ผลลัพธ์

(Output) ซึ่งอธิบายจากพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย ทั้งความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ สามารถสะท้อนไปยังผู้เข้าร่วมให้เกิดความเข้าใจถึงความสำคัญของการมีกิจกรรมทางกายได้เป็นอย่างดี ขณะเดียวกันผลสัมฤทธิ์ (Outcome) ทั้งระบบสนับสนุนที่เอื้อและความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ซึ่งการศึกษาของ McCullough et al.^[25] ได้อธิบายถึงความสำคัญของความร่วมมือของภาคีจากระบบสาธารณสุขที่จะกำหนดเป้าหมายด้านทรัพยากรต้องอาศัยการไว้วางใจระหว่างภาคีเครือข่ายเป็นสิ่งสำคัญต่อประสิทธิภาพ (Efficiency) ของการดำเนินการ

ขณะที่องค์ประกอบด้านการพัฒนาความรู้เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พบว่าการเปิดโอกาส หรือจัดกิจกรรมให้แก่กลุ่มวัยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพติดตามประเมินผล จะทำให้เกิดความรู้ต่อสุขภาพ และนำไปสู่การสร้างประสบการณ์ และความสามารถในการตัดสินใจได้^[26] และองค์ประกอบด้านการเข้าถึงวิถีชุมชน เป็นตัวบ่งชี้ที่สนับสนุนร่วมกัน ที่ทำให้ทั้ง 3 องค์ประกอบเกิดการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรรอดตาว่า ในเรื่องการเสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ^[1] ซึ่งทำให้ภาพของการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกายมีความชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ Khunnikom et al.^[14] ได้เน้นย้ำถึงการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่ควรถูกร่วมกันออกแบบตั้งแต่ช่วงเริ่มต้น ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินโครงการ ระหว่างคนในชุมชน ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วน

ท้องถิ่นให้ครอบคลุม และสามารถเพิ่มโอกาสให้คนทุกช่วงอายุมีโอกาสในโครงการ หรือนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นสิทธิที่ทุกคนพึงมี และควรได้รับอย่างเท่าเทียมกัน^[1-3]

สรุป

บริบทของโครงการมีเป้าหมายเพื่อมุ่งลดพฤติกรรมเนือยนิ่งด้วยการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย ผู้เข้าร่วมเข้าใจและสามารถวางแผนกิจกรรมได้ ปัจจัยนำเข้ามีคณะทำงานขนาดเล็ก ประกอบด้วยบุคลากรท้องถิ่นเป็นหลัก ใช้ทุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ลักษณะของการดำเนินการสามารถอธิบายได้เป็น 3 รูปแบบ คือ รูปแบบชุมชนเป็นผู้นำ รูปแบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้นำ และรูปแบบความร่วมมือที่เข้มแข็งของเครือข่าย ตามลักษณะของทุนทางสังคมตามบริบท และปัจจัยนำเข้า ส่งผลให้ผลผลิตทั้งผู้ดำเนินโครงการและประชาชนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ดีขึ้น และนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบแห่งความสำเร็จ สะท้อนให้เห็นถึง 3 องค์ประกอบ 34 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ระบบสนับสนุนที่เอื้อและความร่วมมือของภาคีเครือข่าย จำนวน 16 ตัวบ่งชี้ องค์ประกอบที่ 2 การพัฒนาความรู้เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย จำนวน 11 ตัวบ่งชี้ และองค์ประกอบที่ 3 การเข้าถึงวิถีชุมชน จำนวน 7 ตัวบ่งชี้ แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการที่โครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ในพื้นที่ทดลองนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ประเทศไทย จะประสบความสำเร็จได้นั้นควรให้ความสำคัญกับทั้ง 3 องค์ประกอบ และให้รายละเอียดกิจกรรมย่อยได้จาก 34 ตัวบ่งชี้ เนื่องจากความสำเร็จเกิดจากมีระบบที่มีความชัดเจนของโครงการ

และได้รับการหนุนเสริมของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ประกอบกับการพัฒนาความรู้จะเป็นจุดเสริมให้ประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายส่งผลต่อการประยุกต์ใช้จริงในพื้นที่จนเกิดการพัฒนาเป็นรูปธรรม ภายใต้อีกหนึ่งองค์ประกอบที่สำคัญยิ่ง คือการเข้าถึงวิถีชุมชน เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมโครงการจำเป็นต้องมีความกลมกลืนและเป็นหนึ่งเดียวกับชีวิตความเป็นอยู่ของผู้เข้าร่วมในพื้นที่นั้น ๆ เพื่อเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินการกิจกรรมและนำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนในอนาคตต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลของการประเมินโครงการสามารถนำไปใช้ขับเคลื่อนนโยบายตั้งแต่ขั้นตอนของการก่อรูปของนโยบายให้ปัญหาทางสุขภาพเกิดการมีส่วนร่วมจากระดับล่าง และเกิดความร่วมมือในการสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่อย่างแท้จริงได้ ซึ่งองค์ประกอบบริบทปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ จากองค์ประกอบแห่งความสำเร็จ สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถที่ช่วยให้การออกแบบนโยบาย โครงการกิจกรรมทางกาย หรือโครงการด้านสุขภาพให้มีความครอบคลุม ขณะเดียวกันสามารถบูรณาการเข้ากับนโยบาย แผนงาน และโครงการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบายด้าน การศึกษา และสังคม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อไปได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาประสิทธิผลของโครงการเพื่อวัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ

ประชาชน และการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ๆ

2. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มเป้าหมายเพื่อแสดงให้เห็นถึงผลกระทบและความยั่งยืนของโครงการในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. สุวภาคย์ เบลูจธนวัฒน์, ประวิช ขุนนิคม. การประเมินผลกระทบทางสุขภาพแบบเร่งด่วน: เครื่องมือเพื่อการพัฒนาโยบายสาธารณะที่ห่วงใยสุขภาพ. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย. 2567;6(3):28–35.
2. Green L, Ashton K, Bellis MA, Clemens T, Douglas M. 'Health in All Policies'—A Key Driver for Health and Well-Being in a Post-COVID-19 Pandemic World. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2021 ;18(18):9468. doi:10.3390/ijerph18189468.
3. Parvanta C, Nelson DE, Harner RN. *Public Health Communication: Critical Tools and Strategies.* Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2017. 530 p.
4. Giolo-Melo C, Pacheco RTB. Physical Activity, Public Policy, Health Promotion, Sociability and Leisure: A Study on Gymnastics Groups in a Brazilian City Hall. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2023 ;20(8):5516.
5. Bhoothookngoen P, Sanchan N. Prevalence of Noncommunicable Diseases and Social Determinants of Health in Thailand: Insights from Public Datasets. *Thai Journal of Public Health.* 2024;54(2):918–36.

6. World Health Organization. WHO-Thailand Country Cooperation Strategy 2017-2021. Nonthaburee: World Health Organization Thailand; 2017.
7. ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย. ค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงในการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งต่อวัน จำแนกรายปี ปี 2555-2566 [อินเทอร์เน็ต]. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล; 2567 [เข้าถึงเมื่อ 29 พ.ค. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://tpak.or.th/th/iframe/2>
8. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). จับตาทิศทางสุขภาพคนไทย ปี 2568 ThaiHealth Watch 2025 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2567 [เข้าถึงเมื่อ 9 เมษายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/lkeuH>
9. จารุพร ไชยวงศา, อินทิรา รูปสว่าง, สุภาพ อารีเอื้อ. ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับเทคโนโลยี เครื่องช่วยสังคม และความเสี่ยงการหกล้ม กับกิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19. วารสารสภาการพยาบาล. 2566;38(1):37-51.
10. Topothai T, Topothai C, Tangcharoensathien V, Waleewong O, Phutthasri W. The Assessment of Physical Activity Programs Implementation in the Thai Urban-Setting against the Global Action Plan on Physical Activity Strategic Actions. Journal of Health Systems Research. 2022;16(1):69-84.
11. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2023 Aug 27]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240014886>
12. Gelius P, Messing S, Goodwin L, Schow D, Abu-Omar K. What are effective policies for promoting physical activity? A systematic review of reviews. Prev Med Rep. 2020 ;18:101095.
13. Topothai T, Waleewong O, Tangcharoensathien V, Khamput T, Kamonrungsun J, Asawutmangkul U. Thailand Physical Activity Strategy 2018-2030: Challenges and Recommendations for Improved Implementation. J Health Sci. 2021;30(6): 1153-64.
14. Khunnikom P, Benjanawat S, Kaewtong Y, Viseshasindhu N, Haetanurak P, Wongluksanapan T. Picturing transformation through wellness tourism: a qualitative explanatory report of physical activity project in Phuket, Thailand. GTG. 2025;58(1):386-95.
15. ประวิช ขุนนิคม, อุมภาพร มุณีแนม, เพ็ญ สุขมาก. ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ไปใช้: กรณีศึกษาการท่องเที่ยวโดยชุมชน เขตพัฒนาการท่องเที่ยวอันดามัน. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;6(3):37-48.
16. Stufflebeam DL. The CIPP Model for Evaluation. In: Kellaghan T, Stufflebeam

- DL, editors. *International Handbook of Educational Evaluation* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2003 [cited 2025 Apr 9]. p. 31–62. Available from: https://doi.org/10.1007/978-94-010-0309-4_4
17. เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. การประเมินโครงการ แนวคิดและแนวปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
18. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis*. 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson; 2010.
19. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative Inquiry & Research Design*. 4th ed. Los Angeles: SAGE; 2018.
20. Mayers J, Bass S. *Policy that works for forests and people: real prospects for governance and livelihoods*. London: Routledge; 2004.
21. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *Int. J. of Qual. Methods*. 2017 ;16(1):1609406917733847.
22. Cronbach LJ. *Essentials of psychological testing*. 5th ed. New York: Harper & Row; 1970.
23. de Jesus J. Evaluating Community-Based Physical Fitness Programs: A Decision-Focused Approach. *Int. J. of Hum. Mov. Sports Sci*. 2022; 10:239–52.
24. ยมนา ชนะนิล, สุนันทา ครองยุทธ, ณัฐนันท์ คำพิริยะพงศ์, อรทัย บุญชูวงศ์, เพ็ญพักตร์ ไชยสงเมือง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*. 2567;34(2):125–37.
25. McCullough JM, Eisen-Cohen E, Salas SB. Partnership capacity for community health improvement plan implementation: findings from a social network analysis. *BMC Public Health*. 2016;16(1):566. doi: 10.1186/s12889-016-3194-7.
26. Portela-Pino I, Hernaiz-Sanchez A, Lomba-Portela L. Evaluation of health literacy and its predictive formative factors among Spanish military personnel. *Mil Psychol*. 2025;37(1):14–21. doi: 10.1080/08995605.2023.2274755.